

Doença Ulcerosa Péptica

Abordagem geral

Fatores de risco:

Hiperacidez: H.pylori / Gastrinoma / mastocitose / policitemia vera e outros

Redução da proteção gástrica : AAS e AINES por redução da síntese de prostaglandinas/álcool/ tabaco e outros

Quadro clínico:

Sintomas gerais: dor epigástrica, dor em queimação, plenitude, náuseas e vômitos.

Úlcera duodenal (UD): geralmente noturna, 2-3 horas após a refeição, alivia com alimentação

Úlcera gástrica (UG): piora com alimentação.

Diagnóstico:

O diagnóstico definitivo é realizado pela endoscopia. Porém não pediremos uma EDA para todos os pacientes com sintomas dispépticos, visto que é um exame invasivo e a sintomatologia faz diagnóstico diferencial com múltiplas patologias (DRGE, gastrites, gastroparesia, uso de droga, dispepsia funcional). A EDA deve ser pedida para pacientes >45anos e sinais de alarme (perda de peso, odinofagia, anemia, icterícia, hematêmese, massa abdominal, linfadenopatia, gastrectomia prévia) e em pacientes em que a terapia com inibidores de prótons não foi eficaz.

E o H.pylori?

Na presença de úlcera gastroduodenal sempre investigar H.pylori (presente em 90% dos pacientes com UD e 75% dos pacientes com UG).

Pacientes que não necessitam de EDA (jovens com sintomas dispépticos e sem sinais de alarme) - Solicitar sorologia (ELISA) para H.pylori

Pacientes que necessitam de EDA (>45 anos e sinais de alarme) - teste rápido da urease ou histopatologia (padrão ouro)

Nem todos os pacientes com H.pylori positivo devem ser erradicados, as indicações precisas são: *úlceras pépticas ativas ou cicatrizadas, adenocarcinoma gástrico, linfoma MALT, gastrite histológica intensa e uso crônico de AAS e AINES.*

Erradicação do H.Pylori

Tratamento mais utilizado : 7 dias de antibiótico (Amoxicilina 1 g 12/12 hs + Claritromicina 500 mg 12/12 hs) associado ao IBP por 4-8 semanas.

Tratamento da úlcera péptica

Medidas gerais: evitar AAS/AINES/tabaco/álcool

Reduzir acidez gástrica : Inibidores de bomba de próton ou bloqueadores H2 por 4-8 semanas

Erradicar H. Pylori sempre.

Controle de Cura :

EDA após todo tratamento de úlcera gástrica devido risco e diagnóstico diferencial com neoplasia

H. Pylori : se for necessária EDA (teste da urease ou histopatologia) . Caso contrário, teste respiratório com ureia marcada. Sorologia não é válida pois será positiva mesmo após erradicação.

Complicações

Sangramento – parede posterior (mais comum) ;

Perfuração – parede anterior;

Obstrução

PARA A PROVA ...

ÚLCERA DE CURLING: grande queimado

ÚLCERA DE CUSHING: TCE ou doença do sistema nervoso central

ÚLCERA DE CAMERON: localizada no interior de uma hérnia de hiato

DOENÇA DE MENETRIER: Aumento importante das pregas gástricas, de etiologia desconhecida, associado a risco aumentado de adenocarcinoma.

Síndrome Zollinger Ellison

Manifestação clínica do gastrinoma decorrente da superprodução de gastrina. 2/3 com localização extrapancreática, principalmente na parede duodenal. . Suspeitar na presença de múltiplas úlceras no trato gastrointestinal, localização atípica – distais à primeira porção do duodeno, refratárias ao tratamento clínico ou cirúrgico, associadas à diarreia ou esteatorreia, e à doença das paratireóides ou hipófise.

Diagnóstico:

Dosagem de gastrina. Se > 1000 pg/ml = gastrinoma. Se < 1000 pg/ml, realizar teste da estimulação com secretina. O aumento acima de 200 pg/ml após o teste confirma o diagnóstico.

Câncer Gástrico

Em geral, neoplasias gástricas são malignas e 90% são representadas pelo adenocarcinoma.

Mais prevalente em homens, negros, > 50 anos.

Fatores de risco: gastrite crônica atrófica, metaplasia intestinal, gastrite hipertrófica, adenoma gástrico, cirurgia gástrica prévia, história familiar, tabagismo, dieta rica em defumados e produtos em conserva.

Quadro clínico: Perda ponderal, anorexia, náuseas e vômitos, saciedade precoce, epigastralgia, anemia ferropriva;

Diagnóstico: É realizado pela EDA com biópsia da lesão, escovado e citologia do lavado.

Marcadores tumorais: CEA , CA 72-4

Disseminação:

Linfonodo de Virchow (supraclavicular esquerdo)

Linfonodo de Irish (axilar esquerdo)

Linfonodo de Irmã Maria José (periumbilical)

Prateleira de Blumer (metástase peritoneal palpável pelo toque retal)

Tumor de Krukemberg (massa ovariana)

Tratamento: cirúrgico com QT adjuvante

Miscelânea

Linfoma MALT: patogênese intimamente ligada ao H pylori > a erradicação pode curar o paciente;

Sarcoma GIST: maioria é benigno. Marcador CD 117. Tratamento curativo cirúrgico + QT com mesilato de imatinibe (Gleevec).